

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：1

一、西醫基層一般服務部門醫療給付費用總額

(一)111年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= (110\text{年第1季西醫基層一般服務醫療給付費用總額} + 109\text{年各季校正投保人口預估成長率差值} + \text{前1年度}(110\text{年})\text{各季總額違反全民健康保險醫事服務機構特約} \\
 &\quad \text{及管理辦法之扣款} - 110\text{年新醫療科技項目未導入預算}) \times (1+1.831\%) \\
 &= (30,878,808,159 + (-25,156,873) + 15,445,013 - 9,750,000) \times (1+1.831\%) \\
 &= 31,424,380,930(\text{G})
 \end{aligned}$$

(二)111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額合計(加總D)

項目	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (A1)	108年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B1)	109年總額 違反特管辦法 之扣款 (B2)	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G0)	109年各季 校正投保人口 預估成長率差值 (B3)	110年總額 違反特管辦法 之扣款 (B4)	110年 新醫療科技 項目未導入 預算 (B5)	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (G)
季別	= (A1 + B1 + B2) × (1 + 3.493%)			= (G0 + B3 + B4 - B5) × (註3)			= (G0 + B3 + B4 - B5) × (註5)	
第1季	29,863,562,734	-35,690,419	8,742,875	30,878,808,159	-25,156,873	15,445,013	9,750,000	31,424,380,930
第2季	29,963,496,436	-45,925,397	8,742,875	30,971,640,059	-48,968,481	15,445,013	9,750,000	31,494,664,983
第3季	29,266,782,692	-53,013,760	8,742,875	30,243,254,144	-56,952,819	15,445,013	9,750,000	30,744,811,791
第4季	31,191,257,102	-45,802,809	8,742,875	32,242,413,275	-122,603,385	15,445,013	9,750,000	32,713,722,898
合計	120,285,098,964	-180,432,385	34,971,500	124,336,115,637	-253,681,558	61,780,052	39,000,000	126,377,580,602

項目	106年編列之 品質保證保 留款預算 (F1)	111年各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D)	111年各季 預算占率 (C)	111年風險 調整移撥款 撥補臺北區 (F2)	111年風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 (F3)	111年各季調整後 一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計 (D1)
季別	= (G) - (F1)		= 3億 × (C)		= (D) - (F2) - (F3)	
第1季	26,100,987	31,398,279,943	0.24865519	74,596,557	74,596,557	31,249,086,829
第2季	26,209,474	31,468,455,509	0.24921094	74,763,282	74,763,282	31,318,928,945
第3季	25,603,157	30,719,208,634	0.24327736	72,983,208	72,983,208	30,573,242,218
第4季	27,298,243	32,686,424,655	0.25885651	77,656,953	77,656,953	32,531,110,749
合計	105,211,861	126,272,368,741	1.00000000	300,000,000	300,000,000	125,672,368,741

註：

1. 110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)
= (109年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(A1)+108年各季校正投保人口預估成長率差值(B1)+109年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B2)) × (1+3.493%)。
2. 111年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G)
= (110年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額(G0)+109年各季校正投保人口預估成長率差值(B3)+110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(B4)-110年新醫療科技項目未導入預算(B5)) × (1+1.831%)。
※一般服務成長率為1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.176%，協商因素成長率0.655%。
3. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後110年度西醫基層一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※111年西醫基層總額前一年度違反特管辦法之扣款(B4) 61,780,052元，按季均分。
4. 106年編列之品質保證保留款(F1)
= (105年各季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口預估成長率差值) × 106年品質保證保留款成長率(0.10%)。
※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。
5. 110年新醫療科技項目未導入預算(B5)：依衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」及本署111年1月19日第1110771767號簽核紀錄，110年新增診療項目未於時程內導入之預算有39,000,000元，自111年基期費用按季扣減，本案業於全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議暨衛生福利部全民健康保險會111年3月25日第5屆111年第3次委員會報告。
6. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款。
7. 風險調整移撥款(F2)、(F3)：依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，全年提撥風險調整移撥款6億元。提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依111年西醫基層總額四季預算占率提列。
※111年各季預算占率(C)：依111年各季一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(D)之各季預算占率。

(三)111年各季門診透析服務預算

$$= (110年各季西醫基層門診透析服務預算 - 移列腹膜透析追蹤處置費及APD租金之預算) \times (1+4.689\%)$$

$$= (4,576,473,680 - 10,200) \times (1+4.689\%)$$

$$= 4,791,053,853$$

註：依衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式」略以，門診透析自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

(四)「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案(由西醫基層醫療給付費用總額一般服務支應)

第1季已結算金額：	第2季已結算金額：	第3季已結算金額：
臺北分區： 4,120,200	臺北分區： 0	臺北分區： 0
北區分區： 1,658,160	北區分區： 0	北區分區： 0
中區分區： 1,527,960	中區分區： 0	中區分區： 0
南區分區： 1,859,200	南區分區： 0	南區分區： 0
高屏分區： 502,040	高屏分區： 0	高屏分區： 0
東區分區： 0	東區分區： 0	東區分區： 0
小計： 9,667,560	小計： 0	小計： 0

第4季已結算金額：	全年已結算金額：
臺北分區： 0	臺北分區： 4,120,200
北區分區： 0	北區分區： 1,658,160
中區分區： 0	中區分區： 1,527,960
南區分區： 0	南區分區： 1,859,200
高屏分區： 0	高屏分區： 502,040
東區分區： 0	東區分區： 0
小計： 0	小計： 9,667,560

二、專款項目費用

(一)C型肝炎藥費 全年預算=292,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	137,772,130	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	137,772,130

3. 合計

門診第1季已支用點數：	137,772,130	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	137,772,130
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	137,772,130	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	137,772,130

4. 藥品給付協議

門診第1季金額：	28,721,026	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	28,721,026
門診第2季金額：	0	住診第2季金額：	0	門住診合計第2季金額：	0
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	28,721,026	全年合計金額：	0	全年合計金額：	28,721,026

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 137,772,130

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年藥品給付協議)
= 292,000,000 - (137,772,130 - 28,721,026)
= 292,000,000 - 109,051,104
= 182,948,896

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(二)家庭醫師整合性照護計畫

全年預算= 3,948,000,000

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數： -871,188
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： -871,188

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = -871,188

2. 績效獎勵費用

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季已支用點數： 72,996
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 72,996

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 72,996

4. 多重慢性病人門診整合費用

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

5. 合計

第1季已支用點數：	-798,192
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	-798,192

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = -798,192 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 3,948,798,192

註：依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之績效獎勵費用」後，「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

[補充]：

110年家庭醫師整合性照護計畫

1. 個案管理費(1元/點)

第1季已支用點數：	-1,137,153
第2季已支用點數：	646,428,961
第3季已支用點數：	400,783
第4季已支用點數：	667,895,809
全年已支用點數：	1,313,588,400

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,313,588,400

已結算金額 = 1,313,588,400

2. 績效獎勵費用

結算年110年第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0

已支用金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

結算年111年已支用點數：2,013,013,422(傳票日期:111/06/24前核付)

合計已支用點數 = 2,013,013,422

已結算金額 = 2,013,013,422

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：7

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用

第1季：已支用點數：	139,491	結算金額：	123,969
第2季：已支用點數：	48,437	結算金額：	42,489
第3季：已支用點數：	92,050	結算金額：	82,376
第4季：已支用點數：	39,800	結算金額：	35,528
全年：已支用點數：	319,778	結算金額：	284,362(傳票日期111/05/17前核付)
暫結金額	= 1元/點×已支用點數 =		319,778
已結算金額	=	284,362	

4. 多重慢性病人門診整合費用

結算年110年第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0
已支用金額	= 1元/點×已支用點數 = 0
結算年111年已支用點數：	343,113,902(傳票日期:111/06/24前核付)
合計已支用點數	= 343,113,902
已結算金額	= 343,113,902

5. 合計：

結算年110年第1季已支用點數：	-997,662
第2季已支用點數：	646,477,398
第3季已支用點數：	492,833
第4季已支用點數：	667,935,609
全年已支用點數：	1,313,908,178
結算年111年已支用點數：	2,356,127,324(傳票日期:111/06/24前核付)

110年家庭醫師整合性照護計畫全年已結算金額 = 3,670,000,086

全年未支用金額 = 全年預算 - 已結算金額 = 3,670,000,000 - 3,670,000,086 = -86 (四捨五入之差值)

- 註：1. 依據全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用」後，其餘「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每支點付金額不高於1元。
2. 全年結算浮動點值 = (全年預算 - 個案管理費 - 偏遠地區參與診所績效獎勵費 - 特優級且平均每人VC-AE>275點之社區醫療群品質提升費用) / (績效獎勵費用 + 失智症門診照護家庭諮詢費用 + 多重慢性病人門診整合費用) = 0.89262596
3. 失智症門診照護家庭諮詢費用已結算金額計算。

(三)醫療資源不足地區改善方案 全年預算= 317,100,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

第1季:

預算=317,100,000/4= 79,275,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」J1:	點數	0	收入	0 (J1)
新開業醫療服務之「論次計酬」J2:			已支用點數	0 (J2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」J3:			已支用點數	19,508,700 (J3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」J4:			已支用點數	4,862,180 (J4)
(3)醫缺地區診所點值差額J5:			點值補助差額	0 (J5)
(4)例假日診察費加成點數J6:			已支用點數	6,183,911 (J6)
(5)診察費及診療費點值差額J7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (J8)	點值補助差額	0 (J7)

不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(J1)+1元/點×(J2+J3+J4+J6已支用點數)+J5= 30,554,791

不含診察費及診療費點值差額(J7)未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額= 48,720,209

診察費及診療費點值補助差額(J7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(J7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(J7)= 30,554,791

未支用金額= 第1季預算 - 暫結金額

= 48,720,209

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+ 48,720,209= 127,995,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」K1:	點數	0	收入	0 (K1)
新開業醫療服務之「論次計酬」K2:			已支用點數	0 (K2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」K3:			已支用點數	0 (K3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」K4:			已支用點數	0 (K4)
(3)醫缺地區診所點值差額K5:			點值補助差額	0 (K5)
(4)例假日診察費加成點數K6:			已支用點數	0 (K6)
(5)診察費及診療費點值差額K7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (K8)	點值補助差額	0 (K7)

不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(K1)+1元/點×(K2+K3+K4+K6已支用點數)+K5= 0

不含診察費及診療費點值差額(K7)未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額= 127,995,209

診察費及診療費點值補助差額(K7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(K7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(K7)= 0

未支用金額= 第2季預算 - 暫結金額

= 127,995,209

=====

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+127,995,209= 207,270,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」L1:	點數	0	收入	0 (L1)
新開業醫療服務之「論次計酬」L2:			已支用點數	0 (L2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」L3:			已支用點數	0 (L3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」L4:			已支用點數	0 (L4)
(3)醫缺地區診所點值差額L5:			點值補助差額	0 (L5)
(4)例假日診察費加成點數L6:			已支用點數	0 (L6)
(5)診察費及診療費點值差額L7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (L8)	點值補助差額	0 (L7)

不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(L1)+1元/點×(L2+L3+L4+L6已支用點數)+L5= 0

不含診察費及診療費點值差額(L7)未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額= 207,270,209

診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(L7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(L7)= 0

未支用金額= 第3季預算 - 暫結金額

= 207,270,209

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=317,100,000/4+207,270,209= 286,545,209

(1)新開業醫療服務之「定額給付」M1:	點數	0	收入	0 (M1)
新開業醫療服務之「論次計酬」M2:			已支用點數	0 (M2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」M3:			已支用點數	0 (M3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」M4:			已支用點數	0 (M4)
(3)醫缺地區診所點值差額M5:			點值補助差額	0 (M5)
(4)例假日診察費加成點數M6:			已支用點數	0 (M6)
(5)診察費及診療費點值差額M7:	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (M8)	點值補助差額	0 (M7)

不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(M1)+1元/點×(M2+M3+M4+M6已支用點數)+M5= 0

不含診察費及診療費點值差額(M7)未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額= 286,545,209

診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(M7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(M7)= 0

未支用金額= 第4季預算 - 暫結金額

= 286,545,209

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：10

合計：

全年預算=317,100,000

(1)新開業醫療服務之「定額給付」N1：	點數	0	收入	0 (N1)
新開業醫療服務之「論次計酬」N2：			已支用點數	0 (N2)
(2)巡迴醫療服務之「論次計酬」N3：			已支用點數	19,508,700 (N3)
巡迴醫療服務之「診察費加成點數」N4：			已支用點數	4,862,180 (N4)
(3)醫缺地區診所點值差額N5：			點值補助差額	0 (N5)
(4)例假日診察費加成點數N6：			已支用點數	6,183,911 (N6)
(5)診察費及診療費點值差額N7：	如補至每點1元所需之點值補助差額	0 (N8)	點值補助差額	0 (N7)

不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額= 新開業醫療服務之定額給付收入(N1)+1元/點×(N2+N3+N4+N6已支用點數)+N5= 30,554,791

不含診察費及診療費點值差額(N7)未支用金額= 全年預算 - 暫結金額
=286,545,209

診察費及診療費點值補助差額(N7)= 0

暫結金額=不含診察費及診療費點值差額(N7)暫結金額+診察費及診療費點值補助差額(N7)= 30,554,791

結算金額=第1-4季結算金額(如當季暫結金額大於預算金額,則結算金額為當季預算)

= 30,554,791+ 0+ 0+ 0= 30,554,791

未支用金額= 全年預算 - 結算金額

= 286,545,209

註：

依據衛生福利部111年2月7日健保醫字第111080091號公告「111年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」,本方案依部門別預算按季均分,西醫基層診所:先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用,每點支付金額以1元支付。當季預算若有結餘,優先支應巡迴計畫之論次計酬,且每點支付金額最高補至1元。其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費,依該區每點支付金額最高先補至1元之點值差額後,若有結餘,再流用至下季。若全年經費尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。全年結算時,全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算,惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)醫療給付改善方案 全年預算 = 805,000,000

1. 氣喘

第1季已支用點數： 9,660,800

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 9,660,800

2. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

2.1 糖尿病(含糖尿病資料上傳獎勵)

第1季已支用點數： 103,658,310

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 103,658,310

2.2 糖尿病合併初期慢性腎臟病

第1季已支用點數： 11,674,600

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 11,674,600

2.3 胰島素注射獎勵措施

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

2.9 合計

第1季已支用點數： 115,332,910

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 115,332,910

3. 思覺失調症

第1季已支用點數：	150,690
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	150,690

4. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤

第1季已支用點數：	3,549,200
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	3,549,200

5. 孕產婦全程照護

第1季已支用點數：	1,668,300
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	1,668,300

6. 早期療育門診

第1季已支用點數：	71,000
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	71,000

7. 慢性阻塞性肺疾病

第1季已支用點數：	238,200
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	238,200

8. 合計

第1季已支用點數：	130,671,100
第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =	130,671,100

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 674,328,900

(五)強化基層照護能力及「開放表別」項目 全年預算= 1,220,000,000

第1季：	111年醫令點數(U1)：	基期醫令點數(V1)：	已支用點數(BW_q1=U1-V1)：
	臺北分區：28,046,968	臺北分區：2,422,191	臺北分區：25,624,777
	北區分區：12,703,350	北區分區：203,708	北區分區：12,499,642
	中區分區：32,252,661	中區分區：2,559,799	中區分區：29,692,862
	南區分區：26,591,965	南區分區：1,308,607	南區分區：25,283,358
	高屏分區：14,603,347	高屏分區：88,032	高屏分區：14,515,315
	東區分區：1,339,245	東區分區：32,576	東區分區：1,306,669
	小計：115,537,536	小計：6,614,913	小計：108,922,623

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 108,922,623

第2季：	111年醫令點數(U2)：	基期醫令點數(V2)：	已支用點數(BW_q2=U2-V2)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

第3季：	111年醫令點數(U3)：	基期醫令點數(V3)：	已支用點數(BW_q3=U3-V3)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：14

第4季：	111年醫令點數(U4)：	基期醫令點數(V4)：	已支用點數(BW_q4=U4-V4)：
	臺北分區：0	臺北分區：0	臺北分區：0
	北區分區：0	北區分區：0	北區分區：0
	中區分區：0	中區分區：0	中區分區：0
	南區分區：0	南區分區：0	南區分區：0
	高屏分區：0	高屏分區：0	高屏分區：0
	東區分區：0	東區分區：0	東區分區：0
	小計：0	小計：0	小計：0

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 0

全年：	111年醫令點數(U5)：	基期醫令點數(V5)：	已支用點數(BW_q5=BW_q1~q4)：
	臺北分區：28,046,968	臺北分區：2,422,191	臺北分區：25,624,777
	北區分區：12,703,350	北區分區：203,708	北區分區：12,499,642
	中區分區：32,252,661	中區分區：2,559,799	中區分區：29,692,862
	南區分區：26,591,965	南區分區：1,308,607	南區分區：25,283,358
	高屏分區：14,603,347	高屏分區：88,032	高屏分區：14,515,315
	東區分區：1,339,245	東區分區：32,576	東區分區：1,306,669
	小計：115,537,536	小計：6,614,913	小計：108,922,623

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 108,922,623

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 1,111,077,377

註：

1. 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
2. 本表如當年當季醫令點數－基期醫令點數如為負數，則以0計算。

=====

(六)鼓勵院所建立轉診之合作機制 全年預算= 258,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 258,000,000 / 4 = 64,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 35,435,200$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 35,435,200 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 29,064,800 \end{aligned}$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 29,064,800 = 93,564,800$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 93,564,800 \end{aligned}$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 93,564,800 = 158,064,800$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 158,064,800 \end{aligned}$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 258,000,000 / 4 + 158,064,800 = 222,564,800$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 222,564,800 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 258,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 35,435,200$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1~4季暫結金額} = 35,435,200 + 0 + 0 + 0 = 35,435,200$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 258,000,000 - 35,435,200 = 222,564,800$$

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。

(七)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 全年預算 = 178,000,000

(依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算，詳表六。)

第1季已支用金額： 41,157,982
 第2季已支用金額： 0
 第3季已支用金額： 0
 第4季已支用金額： 0

結算金額 = 41,157,982

註:依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(八)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 罕見疾病藥費

1.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	66,162	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	66,162

1.2 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數－藥品給付協議
 = 66,162 - 0
 = 66,162

2. 血友病藥費

2.1 已支用點數

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：17

2.2藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} - \text{藥品給付協議} \\ &= 0 - 0 \\ &= 0 \end{aligned}$$

3. 罕見疾病特材

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

4. 合計

4.1已支用點數

門診第1季已支用點數：	66,162	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	66,162
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	66,162	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	66,162

4.2藥品給付協議

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} & \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 66,162 & &= 30,000,000 - (66,162 - 0) \\ & & &= 30,000,000 - 66,162 \\ & & &= 29,933,838 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：18

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(九)後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 30,000,000(本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：	38,416	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	38,416
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	38,416	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	38,416

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 38,416 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年藥品給付協議}) \\ &= 30,000,000 - (38,416 - 0) \\ &= 30,000,000 - 38,416 \\ &= 29,961,584 \end{aligned}$$

註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 全年預算 = 11,000,000

1. 罕見疾病

第1季已支用點數： 397,589
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 397,589

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 397,589

2. 血友病

第1季已支用點數： 0
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

3. 後天免疫缺乏病毒治療

第1季已支用點數： 2,025
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 2,025

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 2,025

4. 合計

第1季已支用點數(BQ_q1)： 399,614
 第2季已支用點數(BQ_q2)： 0
 第3季已支用點數(BQ_q3)： 0
 第4季已支用點數(BQ_q4)： 0
 全年已支用點數： 399,614

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 399,614

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
 = 10,600,386

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本項預算依實際執行併入一般服務費用結算。

=====

(十一)網路頻寬補助費用 全年預算 = 253,000,000

第1季已支用點數： 54,912,398
 第2季已支用點數： 0
 第3季已支用點數： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 54,912,398

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 54,912,398
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 253,000,000 - 54,912,398 = 198,087,602

註：依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，預算如有不足，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十二)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 全年預算 = 50,000,000

第1季

預算 = 50,000,000 / 4 = 12,500,000
 已支用點數： 4,579,885

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 4,579,885

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
 = 7,920,115

第2季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 7,920,115 = 20,420,115
 已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
 = 20,420,115

第3季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 50,000,000 / 4 + 20,420,115 = 32,920,115
 已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
 = 32,920,115

第4季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 32,920,115 = 45,420,115$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 45,420,115 \end{aligned}$$

全年合計

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} =$$

$$\text{暫結金額} = 4,579,885 + 0 + 0 + 0 = 4,579,885$$

$$\text{未支用金額} = 50,000,000 - 4,579,885 = 45,420,115$$

註：依據111年1月28日健保醫字第1110801160號公告「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，本方案預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(十三)代謝症候群防治計畫 全年預算 = 308,000,000

第1季

$$\text{預算} = 308,000,000 / 4 = 77,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 77,000,000 \end{aligned}$$

第2季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 77,000,000 = 154,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 154,000,000 \end{aligned}$$

第3季

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 308,000,000 / 4 + 154,000,000 = 231,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - \text{暫結金額} \\ &= 231,000,000 \end{aligned}$$

第4季

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 308,000,000 / 4 + 231,000,000 = 308,000,000

已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 308,000,000

全年合計

全年預算 = 308,000,000

已支用點數 = 0

暫結金額 = 0 + 0 + 0 + 0 = 0

未支用金額 = 308,000,000 - 0 = 308,000,000

註：依據111年6月20日健保醫字第1110108093號公告「全民健康保險代謝症候群防治計畫」，本計畫經費按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算如有結餘，則流用至下季，若年度經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1點。

(十四)提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 全年預算= 9,700,000

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 9,700,000 - 0 = 9,700,000

(十五)精神科長效針劑藥費 全年預算= 100,000,000 (本項經費得與醫院總額同項專款相互流用)

1. 已支用點數

門診第1季已支用點數：	3,549,407	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,549,407
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,549,407	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,549,407

2. 藥品給付協議

門診第1季金額：	0	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	0
第2季金額：	0	第2季金額：	0	第2季金額：	0
第3季金額：	0	第3季金額：	0	第3季金額：	0
第4季金額：	0	第4季金額：	0	第4季金額：	0
全年金額：	0	全年金額：	0	全年金額：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算	- (暫結金額	- 全年藥品給付協議)
= 3,549,407	= 100,000,000	- (3,549,407	- 0)
	= 100,000,000	- 3,549,407	
	= 96,450,593		

- 註：1. 如預算不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。
2. 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

(十六)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+111年編列之品質保證保留款預算

= (105年第1-4季西醫基層一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值) ×106年品質保證保留款成長率(0.10%)+120,300,000

= (25,962,850,528 + 138,136,588) ×0.10% + (26,106,839,548 + 102,634,233) ×0.10% + (25,493,164,265 + 109,992,542) ×0.10%

+ (27,219,306,870 + 78,935,917) ×0.10% + 120,300,000

= 26,100,987 + 26,209,474 + 25,603,157 + 27,298,243 + 120,300,000

= 225,511,861

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)與111年度之品質保證保留款(120.3百萬元)合併運用(計225.5百萬元)。

(十七)基層總額轉診型態調整費用(由其他預算支應) 全年預算= 800,000,000

第1季：

原預算= 800,000,000/4= 200,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(JB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(JC)	47,413,426	47,413,426	47,413,426
(4)合計	47,413,426	47,413,426	47,413,426

暫結金額(JA+JB+JC) = 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426

結算金額 = 47,413,426

未支用金額=第1季原預算-結算金額 = 200,000,000 - 47,413,426 = 152,586,574

第2季：

原預算=當季原預算+前一季未支用金額= 800,000,000/4 + 152,586,574 = 352,586,574

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(KB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(KC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

暫結金額(KA+KB+KC) = 0 + 0 + 0 = 0

結算金額 = 0

未支用金額=第2季原預算-結算金額 = 352,586,574 - 0 = 352,586,574

第3季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 352,586,574 = 552,586,574$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(LB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(LC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(LA+LB+LC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季原預算} - \text{結算金額} = 552,586,574 - 0 = 552,586,574$$

第4季：

$$\text{原預算} = \text{當季原預算} + \text{前一季未支用金額} = 800,000,000/4 + 552,586,574 = 752,586,574$$

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1)支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MA)	0	0	0
(2)支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(MB)	0	0	0
(3)基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(MC)	0	0	0
(4)合計	0	0	0

$$\text{暫結金額(MA+MB+MC)} = 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{結算金額} = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季原預算} - \text{結算金額} = 752,586,574 - 0 = 752,586,574$$

全年合計：

原預算 = 800,000,000

	已支用點數	暫結金額	累計暫結金額
(1) 支應醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NA)	0	0	0
(2) 支應西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目之不足(NB)	0	0	0
(3) 基層總額轉診型態調整費用-轉診成功案件(NC)	47,413,426	47,413,426	47,413,426
(4) 合計	47,413,426	47,413,426	47,413,426

暫結金額(NA+NB+NC) = 0 + 0 + 47,413,426 = 47,413,426

「基層總額轉診型態調整費用」若各季可支用預算不足支應時，則按各季各分區補助總點數之比例分配，結算金額為各季預算

結算金額 = 47,413,426 + 0 + 0 + 0 = 47,413,426

未支用金額 = 全年預算 - 結算金額 = 800,000,000 - 47,413,426 = 752,586,574

註：

- 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，基層總額轉診型態調整費用優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 依據110年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「轉診成功案件」之邏輯同110年方式辦理。
 - 各季預算優先支應於當季醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足款後，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
 - 當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、各分區一般服務費用總額(不含門診透析)(D1)

(一)111年第1季人口風險因子及轉診型態校正比例R值計算方式

季別 權重	人口結構 校正比例 P_OCC	標準死亡 校正比例 SMR_OCC					人口風險因素 校正比例 DEMO_OCC	轉診型態 校正比例 TRANS					R
	111Q1	111Q1	106Q1 25%	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	111Q1	111Q1	106Q1 25%	107Q1 25%	108Q1 25%	109Q1 25%	111Q1
臺北分區	0.36786	0.32881	0.32842	0.32656	0.32867	0.33159	0.36396	0.92128	0.92046	0.91266	0.92042	0.93158	0.33488
北區分區	0.15929	0.15870	0.15492	0.16025	0.15989	0.15975	0.15923	1.06768	1.07198	1.06651	1.06377	1.06847	0.16979
中區分區	0.17968	0.18633	0.18722	0.18581	0.18657	0.18573	0.18035	1.04159	1.04854	1.04743	1.03830	1.03208	0.18761
南區分區	0.13098	0.14063	0.14120	0.14168	0.13980	0.13982	0.13195	1.01442	1.01286	1.01659	1.02183	1.00640	0.13368
高屏分區	0.14183	0.15907	0.16131	0.15871	0.15946	0.15681	0.14355	1.08564	1.07658	1.09578	1.08806	1.08214	0.15564
東區分區	0.02036	0.02646	0.02693	0.02699	0.02561	0.02630	0.02096	0.87912	0.88022	0.89287	0.88240	0.86097	0.01840
小計	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000						1.00000

(二)111年第1季分區一般服務預算總額(BD1)=(D1) × 【 68% × 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+32% × 西醫基層89年第1季投保分區申報醫療費用占率(S)】(加總後四捨五入至整數位)

臺北分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.33488(R)+ 32% × 0.32324(S)) = 10,348,297,599
北區分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.16979(R)+ 32% × 0.12198(S)) = 4,827,696,423
中區分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.18761(R)+ 32% × 0.19600(S)) = 5,946,538,728
南區分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.13368(R)+ 32% × 0.16783(S)) = 4,518,867,948
高屏分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.15564(R)+ 32% × 0.16648(S)) = 4,972,004,706
東區分區一般服務預算總額	= 31,249,086,829 × (68% × 0.01840(R)+ 32% × 0.02447(S)) = 635,681,425

總計

31,249,086,829

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：28

(三)調整查處追扣金額、強化基層照護能力及「開放表別」項目、因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用及基層總額轉診型態調整費用後分區一般服務預算總額：

109年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之30%列入111年六分區地區預算分配扣除項目。

111年六分區全年一般服務費用預算應減列之金額(K)如下：臺北分區—7,578,200元；北區分區—9,769,101元；中區分區—2,411,529元；南區分區—1,334,464元；高屏分區—5,882,966元；東區分區—22,385元。

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 109年各季預算占率(Ra)(註1)		0.24827334	0.24910397	0.24331176	0.25931093	1
		(BD1_q1)	(BD1_q2)	(BD1_q3)	(BD1_q4)	(加總BD1)
2. 分區一般服務預算總額(BD1)	臺北分區	10,348,297,599	0	0	0	10,348,297,599
	北區分區	4,827,696,423	0	0	0	4,827,696,423
	中區分區	5,946,538,728	0	0	0	5,946,538,728
	南區分區	4,518,867,948	0	0	0	4,518,867,948
	高屏分區	4,972,004,706	0	0	0	4,972,004,706
	東區分區	635,681,425	0	0	0	635,681,425
	小計	31,249,086,829	0	0	0	31,249,086,829
		(BK_q1)	(BK_q2)	(BK_q3)	(BK_q4)	(加總BK)
3. 各分區應減列查處追扣金額	臺北分區	1,881,465	1,887,760	1,843,865	1,965,110	7,578,200
(BK)=各分區(應減列金額K)×109年	北區分區	2,425,407	2,433,522	2,376,937	2,533,235	9,769,101
各季預算占率(Ra)	中區分區	598,718	600,721	586,753	625,337	2,411,529
	南區分區	331,312	332,420	324,691	346,041	1,334,464
	高屏分區	1,460,584	1,465,470	1,431,395	1,525,517	5,882,966
	東區分區	5,558	5,576	5,447	5,804	22,385
	小計(KS)	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
4. 109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	0.32964329	0.33285147	0.33094667	0.33070713	
(註2)	北區分區	0.15217056	0.15364826	0.15354785	0.15318856	
	中區分區	0.19041315	0.18811855	0.18763408	0.18707483	
	南區分區	0.14686764	0.14633327	0.14600719	0.14660718	
	高屏分區	0.16002068	0.15790815	0.16069038	0.16163644	
	東區分區	0.02088468	0.02114030	0.02117383	0.02078586	
	小計	1.00000000	1.00000000	1.00000000	1.00000000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：29

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
5. 各分區應回補查處追扣金額 (BL)=加總各分區各季應減列金額 (KS)×109年各分區預算占率(Ba)	臺北分區	2,209,613	2,238,582	2,174,018	2,315,295	8,937,508
	北區分區	1,020,006	1,033,357	1,008,669	1,072,480	4,134,512
	中區分區	1,276,348	1,265,185	1,232,585	1,309,719	5,083,837
	南區分區	984,460	984,160	959,134	1,026,403	3,954,157
	高屏分區	1,072,626	1,062,006	1,055,589	1,131,624	4,321,845
	東區分區	139,991	142,179	139,093	145,523	566,786
	小計	6,703,044	6,725,469	6,569,088	7,001,044	26,998,645
6. 調整查處追扣金額後分區一般服務 預算總額(BD2)=BD1-BK+BL		(BD2_q1)	(BD2_q2)	(BD2_q3)	(BD2_q4)	(加總BD2)
	臺北分區	10,348,625,747	0	0	0	10,348,625,747
	北區分區	4,826,291,022	0	0	0	4,826,291,022
	中區分區	5,947,216,358	0	0	0	5,947,216,358
	南區分區	4,519,521,096	0	0	0	4,519,521,096
	高屏分區	4,971,616,748	0	0	0	4,971,616,748
	東區分區	635,815,858	0	0	0	635,815,858
小計	31,249,086,829	0	0	0	31,249,086,829	
7. 各分區強化基層照護能力及「開放 表別」實際影響金額(1元/點×BW) (註3)		(BW_q1)	(BW_q2)	(BW_q3)	(BW_q4)	(加總BW)
	臺北分區	25,624,777	0	0	0	25,624,777
	北區分區	12,499,642	0	0	0	12,499,642
	中區分區	29,692,862	0	0	0	29,692,862
	南區分區	25,283,358	0	0	0	25,283,358
	高屏分區	14,515,315	0	0	0	14,515,315
	東區分區	1,306,669	0	0	0	1,306,669
小計	108,922,623	0	0	0	108,922,623	
8. 調整強化基層照護能力及「開放 表別」後分區一般服務預算總額 (BD3)=BD2+BW		(BD3_q1)	(BD3_q2)	(BD3_q3)	(BD3_q4)	(加總BD3)
	臺北分區	10,374,250,524	0	0	0	10,374,250,524
	北區分區	4,838,790,664	0	0	0	4,838,790,664
	中區分區	5,976,909,220	0	0	0	5,976,909,220
	南區分區	4,544,804,454	0	0	0	4,544,804,454
	高屏分區	4,986,132,063	0	0	0	4,986,132,063
	東區分區	637,122,527	0	0	0	637,122,527
小計	31,358,009,452	0	0	0	31,358,009,452	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：30

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BX_q1)	(BX_q2)	(BX_q3)	(BX_q4)	(加總BX)
9. 各分區「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」(BX=1元/點×BQ)(註3)	臺北分區	132,561	0	0	0	132,561
	北區分區	28,310	0	0	0	28,310
	中區分區	93,403	0	0	0	93,403
	南區分區	91,305	0	0	0	91,305
	高屏分區	46,994	0	0	0	46,994
	東區分區	7,041	0	0	0	7,041
	小計	399,614	0	0	0	399,614
		(BD4_q1)	(BD4_q2)	(BD4_q3)	(BD4_q4)	(加總BD4)
10. 調整「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」後分區一般服務預算總額(BD4)=BD3+BX	臺北分區	10,374,383,085	0	0	0	10,374,383,085
	北區分區	4,838,818,974	0	0	0	4,838,818,974
	中區分區	5,977,002,623	0	0	0	5,977,002,623
	南區分區	4,544,895,759	0	0	0	4,544,895,759
	高屏分區	4,986,179,057	0	0	0	4,986,179,057
	東區分區	637,129,568	0	0	0	637,129,568
	小計	31,358,409,066	0	0	0	31,358,409,066
		(BZ_q1)	(BZ_q2)	(BZ_q3)	(BZ_q4)	(加總BZ)
11. 各分區「基層總額轉診型態調整費用」(BZ=1元/點×JC)(註4)	臺北分區	11,923,318	0	0	0	11,923,318
	北區分區	9,258,490	0	0	0	9,258,490
	中區分區	7,639,284	0	0	0	7,639,284
	南區分區	10,542,300	0	0	0	10,542,300
	高屏分區	6,921,231	0	0	0	6,921,231
	東區分區	1,128,803	0	0	0	1,128,803
	小計	47,413,426	0	0	0	47,413,426

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄：111/01—111/03

核付截止日期：111/06/30

頁次：31

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
		(BD5_q1)	(BD5_q2)	(BD5_q3)	(BD5_q4)	(加總BD5)
12. 調整「基層總額轉診型態調整費用」後分區一般服務預算總額 (BD5)=BD4+BZ	臺北分區	10,386,306,403	0	0	0	10,386,306,403
	北區分區	4,848,077,464	0	0	0	4,848,077,464
	中區分區	5,984,641,907	0	0	0	5,984,641,907
	南區分區	4,555,438,059	0	0	0	4,555,438,059
	高屏分區	4,993,100,288	0	0	0	4,993,100,288
	東區分區	638,258,371	0	0	0	638,258,371
	小計	31,405,822,492	0	0	0	31,405,822,492

註：

- 111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議辦理。109年各季預算占率(Ra)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 109年各分區預算占率(Ba)係指調整查處追扣金額後，不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算占率。
- 依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以：
 - (1)強化基層照護能力及「開放表別」項目，依實際執行扣除原基期之點數，併入一般服務費用結算。
 - (2)「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」依實際執行併入一般服務費用結算。
- 依據111年12月23日西醫基層總額研商議事會議110年第3次會議決議，「基層總額轉診型態調整費用」之預算同意依111年總額協商協定事項，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，轉診成功案件之邏輯同110年方式辦理，依各分區實際影響之點數，以每點1元併入一般預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

四、一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	5,941,044,938(BF)	1.13135251	-----	2,220,113,899	485,127
	2-北區分區	533,443,606	1.13135251	603,512,763	221,184,128	
	3-中區分區	348,739,965	1.13135251	394,547,835	135,160,170	
	4-南區分區	224,037,057	1.13135251	253,464,887	85,717,875	
	5-高屏分區	276,940,670	1.13135251	313,317,522	113,299,018	
	6-東區分區	37,109,848	1.13135251	41,984,320	19,448,340	
	7-合計	7,361,316,084(GF)		1,606,827,327(AF)	2,794,923,430(BG)	485,127(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	364,176,010	1.13426356	413,071,578	136,226,856	
	2-北區分區	2,458,752,058(BF)	1.13426356	-----	1,075,383,674	298,300
	3-中區分區	150,265,455	1.13426356	170,440,630	61,004,322	
	4-南區分區	102,041,236	1.13426356	115,741,656	38,129,867	
	5-高屏分區	60,922,572	1.13426356	69,102,253	26,788,411	
	6-東區分區	9,808,860	1.13426356	11,125,832	5,241,870	
	7-合計	3,145,966,191(GF)		779,481,949(AF)	1,342,775,000(BG)	298,300(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	111,122,628	1.10848323	123,177,570	43,082,205	
	2-北區分區	69,400,598	1.10848323	76,929,399	30,192,468	
	3-中區分區	3,609,054,524(BF)	1.10848323	-----	1,522,499,514	330,289
	4-南區分區	86,947,908	1.10848323	96,380,298	32,808,438	
	5-高屏分區	49,820,582	1.10848323	55,225,280	20,675,629	
	6-東區分區	5,799,338	1.10848323	6,428,469	3,272,093	
	7-合計	3,932,145,578(GF)		358,141,016(AF)	1,652,530,347(BG)	330,289(BJ)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季投保 分區浮動點值	核定浮動點數×前季 投保分區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	110,067,963	1.13307321	124,715,060	44,756,650	
	2-北區分區	43,605,422	1.13307321	49,408,135	19,413,315	
	3-中區分區	104,821,007	1.13307321	118,769,875	45,540,338	
	4-南區分區	2,535,607,860(BF)	1.13307321	-----	1,075,000,990	219,371
	5-高屏分區	125,231,365	1.13307321	141,896,305	56,804,641	
	6-東區分區	4,436,644	1.13307321	5,027,042	2,485,809	
	7-合計	2,923,770,261(GF)		439,816,417(AF)	1,244,001,743(BG)	219,371(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	66,954,792	1.09444512	73,278,345	26,548,499	
	2-北區分區	32,262,352	1.09444512	35,309,374	14,001,904	
	3-中區分區	56,335,107	1.09444512	61,655,683	24,120,073	
	4-南區分區	128,244,740	1.09444512	140,356,830	54,593,754	
	5-高屏分區	2,917,095,449(BF)	1.09444512	-----	1,335,156,593	59,888
	6-東區分區	7,790,970	1.09444512	8,526,789	4,069,684	
	7-合計	3,208,683,410(GF)		319,127,021(AF)	1,458,490,507(BG)	59,888(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	23,486,669	1.21255767	28,478,941	11,293,332	
	2-北區分區	11,070,229	1.21255767	13,423,291	5,712,294	
	3-中區分區	8,966,139	1.21255767	10,871,961	4,328,483	
	4-南區分區	10,296,328	1.21255767	12,484,891	2,239,007	
	5-高屏分區	10,126,345	1.21255767	12,278,777	5,028,129	
	6-東區分區	323,256,813(BF)	1.21255767	-----	180,605,997	40,539
	7-合計	387,202,523(GF)		77,537,861(AF)	209,207,242(BG)	40,539(BJ)

五、估算臺北區以外五分區一般服務預算總額浮動點值之計算(不含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [分區一般服務預算總額(BD5)
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
 - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

北區分區	= [4,848,077,464 - 779,481,949 - (1,342,775,000 - 289,911 + 951,287) - 298,300] / 2,458,752,058 = 1.10822921(點值排序: 2)
中區分區	= [5,984,641,907 - 358,141,016 - (1,652,530,347 - 313,607 + 536,143) - 330,289] / 3,609,054,524 = 1.10095807(點值排序: 4)
南區分區	= [4,555,438,059 - 439,816,417 - (1,244,001,743 - 341,053 + 422,955) - 219,371] / 2,535,607,860 = 1.13239854(點值排序: 1)
高屏分區	= [4,993,100,288 - 319,127,021 - (1,458,490,507 - 302,845 + 191,627) - 59,888] / 2,917,095,449 = 1.10230678(點值排序: 3)
東區分區	= [638,258,371 - 77,537,861 - (209,207,242 - 41,183 + 0) - 40,539] / 323,256,813 = 1.08741378(點值排序: 5)

2. 五分區一般服務浮動每點支付金額 = 加總五分區[一般服務預算總額(BD5)
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)
 - 自墊核退點數(BJ)] / 五分區加總一般服務浮動核定點數(GF)
 = [21,019,516,089 - (5,907,004,839 - 1,288,599 + 2,102,012) - 948,387] / 13,597,767,963 = 1.11126690(P)

3. 風險調整移撥款撥補臺北區及點值落後地區

分區	分區 一般服務 預算總額	111年第1季風 險調整移撥款 撥補點值落後 地區之預算	點值落後 地區估算 浮動點值	點值落後地區 估算浮動點值 差額	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	當季風險調整 移撥款撥補 臺北區之預算
	(BD5)	(F3) (註1)	(Z)	(Z1) = (P) - (Z)	(BD1)	(BD1_P)	(F2)
臺北	10,386,306,403		-	-	-	-	74,596,557
北區	4,848,077,464		1.10822921	-	4,827,696,423	0.23098154	
中區	5,984,641,907		1.10095807	-	5,946,538,728	0.28451264	
南區	4,555,438,059		1.13239854	-	4,518,867,948	0.21620561	
高屏	4,993,100,288		1.10230678	-	4,972,004,706	0.23788598	
東區	638,258,371		1.08741378	-	635,681,425	0.03041423	
合計	31,405,822,492	74,596,557			20,900,789,230	1.00000000	74,596,557

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3108r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

頁次：35

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之預算	風險調整移 撥款撥補後分 區一般服務 預算總額	撥補後五分 區之估算 浮動點值
	(W1) (註2)	(BD6)=(BD5) +(F2)+(W1)	(Z2)
臺北	-	10,460,902,960	-
北區	0	4,848,077,464	1.10822921(點值排序:2)
中區	0	5,984,641,907	1.10095807(點值排序:4)
南區	0	4,555,438,059	1.13239854(點值排序:1)
高屏	0	4,993,100,288	1.10230678(點值排序:3)
東區	0	638,258,371	1.08741378(點值排序:5)
合計	0	31,480,419,049	

4. 風險調整移撥款剩餘款攤分至五分區

分區	當季風險調整 移撥款撥補 點值落後地區 之剩餘款	五分區一般 服務預算 總額	五分區一般 服務預算 總額占率	風險調整移 撥款剩餘款 攤分至五分區 之預算	風險調整移撥款 調整後一般 服務預算總額
	(W2)	(BD1)	(BD1_P) (註3)	(W3)= (W2)×(BD1_P)	(BD7)= (BD6)+(W3)
臺北	-	-	-	-	10,460,902,960
北區	4,827,696,423	4,827,696,423	0.23098154	17,230,428	4,865,307,892
中區	5,946,538,728	5,946,538,728	0.28451264	21,223,663	6,005,865,570
南區	4,518,867,948	4,518,867,948	0.21620561	16,128,194	4,571,566,253
高屏	4,972,004,706	4,972,004,706	0.23788598	17,745,475	5,010,845,763
東區	635,681,425	635,681,425	0.03041423	2,268,797	640,527,168
合計	74,596,557	20,900,789,230	1.00000000	74,596,557	31,555,015,606

註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北區以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不超過每點1元之地區。

2. 撥補點值落後地區之預算 = $\{[(五分區浮動點值 - 該區浮動點值) \times 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率] / 加總[(五分區浮動點值 - 該區浮動點值) \times 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率]\} \times 當季風險調整移撥款。$

3. 五分區一般服務預算占率(BD1_P) = 各分區一般服務預算(BD1) / 加總五分區一般服務預算總額。

4. 撥補後五分區之估算浮動點值(Z2) = $[撥補後五分區一般服務預算總額(BD6) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 \times 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)$

5. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。

6. 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分回五分區。

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = $[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 \times 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)$

臺北分區 = [10,460,902,960 +	630,798 - 1,606,827,327 - (	2,794,923,430 -	711,331 +	0) -	485,127] /	5,941,044,938 =	1.02002413
北區分區 = [4,865,307,892 +	3,893,060 - 779,481,949 - (	1,342,775,000 -	289,911 +	951,287) -	298,300] /	2,458,752,058 =	1.11682035
中區分區 = [6,005,865,570 +	1,708,946 - 358,141,016 - (	1,652,530,347 -	313,607 +	536,143) -	330,289] /	3,609,054,524 =	1.10731226
南區分區 = [4,571,566,253 +	10,219,820 - 439,816,417 - (	1,244,001,743 -	341,053 +	422,955) -	219,371] /	2,535,607,860 =	1.14278974
高屏分區 = [5,010,845,763 +	8,014,764 - 319,127,021 - (	1,458,490,507 -	302,845 +	191,627) -	59,888] /	2,917,095,449 =	1.11113756
東區分區 = [640,527,168 +	16,690,594 - 77,537,861 - (	209,207,242 -	41,183 +	0) -	40,539] /	323,256,813 =	1.14606495

2. 一般服務全區浮動每點支付金額 = $加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 自墊核退點數(BJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)$

= [31,555,015,606 + 41,157,982 - (8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012) - 1,433,514] / 20,959,084,047 = 1.09225717

註：1. 藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

$$3. \text{一般服務分區平均點值} = [\text{風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區	= [10,460,902,960 + 630,798] / [7,361,316,084 + 2,794,923,430 - 711,331 + 0 + 485,127] = 1.03008271
北區分區	= [4,865,307,892 + 3,893,060] / [3,145,966,191 + 1,342,775,000 - 289,911 + 951,287 + 298,300] = 1.08452681
中區分區	= [6,005,865,570 + 1,708,946] / [3,932,145,578 + 1,652,530,347 - 313,607 + 536,143 + 330,289] = 1.07561835
南區分區	= [4,571,566,253 + 10,219,820] / [2,923,770,261 + 1,244,001,743 - 341,053 + 422,955 + 219,371] = 1.09925756
高屏分區	= [5,010,845,763 + 8,014,764] / [3,208,683,410 + 1,458,490,507 - 302,845 + 191,627 + 59,888] = 1.07536505
東區分區	= [640,527,168 + 16,690,594] / [387,202,523 + 209,207,242 - 41,183 + 0 + 40,539] = 1.10195793

$$4. \text{一般服務全區平均點值} = [31,555,015,606 + 41,157,982] / [20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514] = 1.06518744$$

$$5. \text{西醫基層醫療給付費用總額平均點值} = \text{加總} [\text{風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)} \\ + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\ \div [\text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}]] \\ = [31,555,015,606 + 41,157,982 + 424,236,258] / [20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514 + 424,236,258] \\ = 1.06426827$$

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算
= 109,051,104 + -798,192 + 30,554,791 + 130,671,100 + 35,435,200 + 66,162 + 38,416 + 54,912,398 + 4,579,885 + 0 + 0 + 3,549,407 + 56,175,987 = 424,236,258
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。
費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。